

問 診 票

ふじさき内科クリニック

再診の方は太枠内のみご記入ください

受付日 年 月 日

| | | | |
|---------|-------|----------------|---------------|
| ふりがな | | 生年月日 | |
| 氏名 | 男・女 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日 年齢 才 |
| 13歳までの方 | 体重 Kg | | |

※初診の方はご記入ください（再診の方でも、変更がありましたらご記入ください）

| | | | |
|----|-----------------------|---------|-------|
| 住所 | (〒 ー) 都・道・府・県 市・区 | | |
| 電話 | ① | 自宅・携帯 ② | 自宅・携帯 |

| | | | | |
|---|----|-------|--------|-----|
| 体温 | 現在 | 最高 | 月 日 時頃 | ℃ |
| いつから体調が悪くなりましたか？ | | | | 頃から |
| 該当の症状に○をつけて、わかる範囲でご記入ください 発熱 せき たん のどの痛み くしゃみ 鼻水 頭痛 寒気 だるさ 節々の痛み 腹痛 胃もたれ 胸やけ 吐き気 おう吐 食欲不振 下痢 便秘 お腹のはり 動悸 息切れ 息苦しさ 胸の痛み 脈の乱れ 発疹 腰・膝・肩・首・足・手の痛み その他 | | | | |
| 他の医療機関からの転医 | | 病名・症状 | | |

| | |
|----------------------------|----------------------|
| 入院となる病気をしたり、手術をしたことがありますか？ | 病名・症状 |
| 今、飲んでいるお薬はありますか？ | お薬名 |
| お薬であわないものはありますか？ | お薬名 |
| アレルギーはありますか？ | 食品・花粉・その他 (種類・名称) |
| タバコ | 吸わない・吸う (一日 本) |
| アルコール | 飲まない・飲む (一日量) |

※女性の方で、妊娠中・授乳中の方はお申し出ください

※アンケート 当院を何でお知りになりましたか？

新聞広告 雑誌 インタネット 看板 電柱広告 近所
知人の紹介 口コミ 通りすがり その他 ()